

Année 1963

N° 421

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)

par

LESTIME Bernard
né le 12 Février 1936 à NANTES (L.A)

Présentée et soutenue publiquement le 1963

REMARQUES CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES SUR LA VARIOLE
A PROPOS DE L'APPARITION RECENTE DE LA MALADIE EN
GRANDE BRETAGNE ET EN ALLEMAGNE FEDERALE

Président : Monsieur le Professeur DEPARIS

LES ÉDITIONS DE L'U.E.M.P.
174, Bd St-GERMAIN
PARIS 6ème

Année .1963

N°

T H E S E
pour le
D O C T O R A T E N M E D E C I N E
(Diplôme d'Etat)

par

LESTIME Bernard
né le 12 Février 1936 à NANTES (L.A)

Présentée et soutenue publiquement le 1963

REMARQUES CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES SUR LA VARIOLE
A PROPOS DE L'APPARITION RECENTE DE LA MALADIE EN
GRANDE BRETAGNE ET EN ALLEMAGNE FEDERALE

Président : Monsieur le Professeur DEPARIS

LES EDITIONS DE L'U.E.M.P.
174, Bd St-GERMAIN
PARIS 6ème



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152023_0033

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T), Aubin (A), Bénard (H), Bulliard (H), Cadenat (F.), Chabrol (E), Champy (C.) Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Sénèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'institut
1er ASSESSEUR (Jean VERNE
2ème ASSESSEUR (Gaston CORDIER

1. - PROFESSEURS

1°) - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) - Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DEJARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT(P.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N....
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
	BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale.....	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N....
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) - Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biologie médicale	OLONOVSKI (J.)
Embryologie	BOURLIERE (F.)
Hygiène et médecine préventive.....	TUCHMANN (H.)
Parasitologie	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L.-C)
Pharmacologie	LAURENCE (G.)
Physiologie	LEVY (Melle J.)
Physique médicale	PARROT (J.)
	KELLERSHOHN (L.)

2°) - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) - Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J-L)
(Cochin	LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales ..(Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	SICARD (A.)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades).....	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)...	MERIE D'AUBIGNE(R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....	GAUDART D'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)....	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
(Boucicaut	LENEGRE (J.)
(Broussais	SOULIE (P.)
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales (Cochin	BROUET (G.)
(Hôtel Dieu	BARIETY (M.)
(Lariboisière	SEZE (S. de)
(Pitié	DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)....	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales ... (Baudelocque	LACOMME (M.)
(Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière).....	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R.)

b) - Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

11. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES

ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.

MM.

	CAEROL (C.)		BAULIEU Et. m. conf.
	COUINAUD (C.)		BOURILLON (R.)
Anatomie	GILLOT (C.)		CARTIER (P.)
	OLIVIER (G.)	Biochimie médicale	DREYFUS (J.C1.)
	GAUTHIER-VILLARS		GONNARD (P.)
(Melle P.) pr. s. ch.			KRUH (J.)
	ABELANET (R.)		JEROME (H.)
	BUSSER (F.)		
	CHOMETTE (G.)	Biologie appliquée à	
Anatomie	GOUYGOU (Ch.)	L'Education Physique et	PLAS (F.)
pathologique	m. conf.	aux Sports	
	NEZELOFF (Ch.)		BOIRON (M.)
	CRCEL (L.)		DENOIX (P.)
	PAILLAS (J.)	Carcinologie	MATHE (G.)
			SELIGMANN (M.)
	KERN (E.)		
Anesthésiologie ..	VOURC'H (G.)	Dermato-Syphiligraphie ..	CIVATTE (J.)
			DUFERRAT (B.)
	BARBIER (P.)		
	CHRISTOL (D.)	Electro-Radiologie	LEDoux-LABARD(G)
Bactériologie	LE MINOR (L.)		BESSIS (M.)
	TOURNIER (P.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER(G)
			DAUSSET (J.)
			DUHAMEL (G.)

	COUJARD (R.) pr. s. ch.		GARNIER (H.) GAUDART-D'ALLAINES
Histologie	MAROIS (M.) RACADOT (J.)	Pathologie chirurgi- cale (suite)	(Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Hydrologie	BESANCON (F.) CORNET (A.) BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.)		
Hygiène	CORRE-HURST(MmeL.) SAPIN-JALOUSTRE(H)		
Maladies infectieuses.	BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.) pr. s. ch. FOURNIER (E.)	Pathologie exotique...	SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.)
Médecine légale	GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)	Pathologie expérimen- tale	LOEPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Médecine du travail ..	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRETIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.)
Obstétrique	MUSSET (R.) RODEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.) BREGEAT (P.)		
Ophtalmologie	DUBOIS (A.) SARAUX (H.) JUDET (R.) MEARY (R.)	Pathologie médicale ...	COURY (C.) ETIENNE (J.P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Orthopédie	POSTEL (M.) RAMADIER (J.)		
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)		
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.) BARCAT (J.) BINET J-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Cl.) DUBOST (Ch.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.)		
Pathologie chirurgi- cale		Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.) DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Physique médicale	m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J-CI) TUBIANA (M.) m. conf. KREIS (B.)	Stomatologie	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.) AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)
Pneumo phthisiologie	MEYER (A.) RENAULT (P.)	Thérapeutique	
		Urologie	

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.) ABOULKER (P.)	Clinique ophtalmologique ..	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique chirurgicale..	AMELINE (A.) VERNE (J.M.) PERRAULT (M.)	Clinique oto-rhino-laryn- gologique	MADURO (R.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique obstétricale ..	GRASSET (J.) MAYER (M.)	Clinique psychiatrique ...	BARUK (H.)
		Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	HUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E.) LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque - Conservateur du Mu- sée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Melle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Melles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

A M E S P A R E N T S .

A MES ONCLES JEAN, JACQUES et PIERRE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DEPARIS

Médecin des Hôpitaux

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

qui a bien voulu me confier le
sujet de cette thèse. Qu'il trouve
ici le témoignage de ma respec-
tueuse reconnaissance.

AU DOCTEUR GOUERE

Inspecteur Principal au Ministère de la Santé
Publique.

A MONSIEUR LANUSSE

en remerciements du bienveillant
accueil qu'ils ont bien voulu
m'accorder.

AU DOCTEUR REIMERT T. RAVENHOLT

en témoignage de ma gratitude pour
m'avoir aidé et guidé dans ce tra-
vail.

A MADAME PAILLARD-VARIN

En hommage respectueux.

AU DOCTEUR VASSET

INTRODUCTION

Le progrès est à l'origine de la disparition des grandes épidémies de variole qui ravageaient l'Europe, il y a peu d'années.

Mais ce même progrès est aussi à l'origine de nombreux cas rencontrés en France, en Angleterre, en Allemagne, au cours de ces dernières années : en effet, les possibilités modernes de transport par avion, favorisent les déplacements rapides et quelques heures suffisent pour relier à nos pays, l'Inde et le Pakistan où la variole existe à l'état endémique.

Les risques de contagion se sont multipliés et, peut-être, augmenteront-ils encore, si on ne demeure vigilant .

Il s'agit en plus d'une affection mal connue avec laquelle les praticiens européens sont peu familiarisés ; Ils la connaissent mal, et bien souvent le diagnostic est posé tardivement alors que le malade a eu le temps de contaminer de nombreux sujets avec lesquels il a été en contact.

Connaissant l'extrême contagiosité de la maladie, on est peu surpris de l'extension que prit la dernière épidémie, notamment en Angleterre.

Historique

Il semble que la variole soit une maladie connue depuis les temps les plus lointains. La Chine, la Mésopotamie, les Indes l'ont toujours connue à l'état endémique. Des savants anglais affirmaient avoir retrouvé des pustules sur une momie égyptienne de la 20ème Dynastie, c'est à dire remontant à 1200 ans avant notre ère. Mieux, pour Marignan, il s'agit d'une maladie préhistorique; il appuie ses dires sur la présence dans les sépultures datant de la pierre polie, de "variolites" ou pierres à Picote dont se sert dans certaines régions de France pour préserver de la variole.

L'ancienneté de cette maladie est d'autre part confirmée dans un ouvrage écrit en 1122 avant Jésus-Christ et décrivant la variole comme une affection connue depuis fort longtemps.

Les Latins et les Grecs par contre semblent l'ignorer, car ni Gallien, ni Hippocrate n'y font allusion.

Son introduction dans les pays européens semble dâter du 6ème Siècle de notre ère. Elle aurait été apportée par les invasions arabes qui ont suivi l'épidémie de la Mecque en 572.

En 580, Grégoire de Tours décrit une épidémie qui ravagea la Gaule et parle d'une autre qui fut encore pire.

En 1614 une pandémie dévasta l'Europe et eut d'énormes conséquences d'ordre économique, tellement la mortalité fut grande.

Les premières descriptions furent faites par les médecins arabes et notamment Rhazès qui vécut au 9ème Siècle. Il lui con-

sacra un ouvrage intitulé "de la petite vérole et de la rougeole", cette dernière n'étant, selon lui, qu'une forme atténuée de la première. Ce travail fut traduit successivement par Valla en latin, par Sébastien Collin en Français.

Le premier, Ambroise Paré établit une différence entre la variole et la rougeole dans son traité, paru en 1568, sous le titre "de la peste, de la variole et rougeole".

Enfin, Morton et Sydenham, au 17ème Siècle, ont donné une description plus complète et plus scientifique.

La variole resta, en France, à l'état endémique très longtemps, plus spécialement dans les régions du Morbihan où une épidémie fit 3.634 victimes, dont 1200 morts, à la fin du 19ème Siècle.

Il fallut attendre 1914-1918 pour la voir disparaître, grâce aux vaccinations massives entreprises pendant la guerre.

Ce rapide historique serait incomplet sans un mot sur la variolisation qui fut découverte, d'une manière anonyme, en Chine il y a fort longtemps.

Etait-ce dans un but humanitaire ? Tout le monde savait qu'un malade guéri de la variole n'avait pratiquement aucune chance de contracter à nouveau le mal. On peut penser que les inoculateurs choisissaient avec soin leurs croûtes de façon à ne déclencher qu'une maladie bénigne, qui conférait malgré tout l'immunité.

Etait-ce dans un but mercantile, comme certains auteurs le pensent ? En effet, le commerce des esclaves était florissant

et la variole faisait d'énormes ravages parmi eux. La vario-
lisation devient une sorte de garantie de la "marchandise";
ceux qui mouraient ou étaient défigurés étant compris dans
les pertes. La variolisation était pratiquée à Constantinople
d'une manière tout à fait courante.

Lady Wortley Montague, femme de l'Ambassadeur de Grande Breta-
gne en entendit parler et, redoutant la maladie pour son fils
âgé de 3 ans, le fit vacciner par inoculation à la peau. En
1720, de retour en Angleterre, elle fit l'éloge de cette mé-
thode et fit alors vacciner sa fille. En 1722, la famille ro-
yale d'Angleterre se fit vacciner à son tour.

Toutefois, la méthode rencontra beaucoup d'oppositions de la
part des médecins et des autorités religieuses.

C'est alors que survint Jenner, médecin à Berkeley.

Ce praticien avait remarqué que les personnes ayant contracté
le cow-pox ou vaccine de la vache, présentaient une immunité
vis à vis de la variole. Il pensa que l'inoculation du conte-
nu d'une pustule devait préserver de la maladie.

Le 14 Mai 1796, il vaccina un enfant de 8 ans qu'il fut, dès
lors, impossible de varioliser.

En 1798, il publia un ouvrage intitulé "Recherches sur les
causes et les effets de la variole vaccine, maladie découver-
te dans les provinces occidentales de l'Angleterre".

Ce travail eut une importance considérable et fut traduit dans
toutes les langues.

Le très grand mérite de Jenner, sur lequel on ne saurait trop insister, fut d'étudier scientifiquement ce problème.

Il fit de l'affection, une analyse précise, l'isola, la différen-
cia formellement du point de vue dermatologique, des autres
exanthèmes. En se basant sur les faits cliniques, il put ainsi
lui établir une individualité bien définie.

Le virus de la variole

Le virus de la variole est un virus ultra-filtrable se conservant bien par dessiccation et congélation sous vide. Sa taille varie de 250 x 200 à 290 x 250 millimicrons.

C'est Pfeiffer qui, en 1887, le premier entrevoit des "corpuscules protoplasmiques". Guarnieri les retrouve sur la cor-
née de lapin inoculée avec du pus variolique. Borrel, en 1907, considéra que ces corpuscules étaient la traduction d'une culture épidermique de virus. Les corpuscules de Guarnieri seraient donc dûs à l'effet de la réaction cellulaire autour du virus.

La culture du germe in vivo a rencontré de très grandes difficultés : les animaux de laboratoire usuels, tels le lapin, la souris, le rat blanc sont peu ou pas réceptifs. Le singe, par contre, est l'animal de choix. L'inoculation des croûtes varioliques ou de lymphes détermine une éruption plus ou moins typique. Vers le 7ème jour, apparaissent des pustules le long du trait de scarification, mais il n'y a pas généralisation de la maladie.

Teissier, Reilly et Rivalier ont pu entretenir de la façon suivante le virus chez le *Macacus sinicus*. Ils ont injecté le sang d'un varioleux dans le testicule du singe. Ce dernier, 5 jours plus tard, a une orchite suivie de variole généralisée au 10ème jour. Le broyat de testicule, très riche en virus se conserve fort bien en glacière. Selon la quantité injectée, on détermine une variole généralisée ou une forme non apparente conférant l'immunité.

Ces expériences ont été renouvelées sur d'autres animaux chiens, âne, bovidés mais sans résultat.

La culture, in vitro, s'est montrée très difficile à réaliser. En 1950, Downie, Mc Carthy et Mc Donald ont pu obtenir, sur membrane chorio-allantoïdienne d'oeuf incubé des lésions varicelleuses apparaissant en 3 jours.

7 ans plus tard, en 1957, Buré et Balthazard, ont montré la prolifération du virus sur culture en couche monocellulaire.

Gastinel, en 1913, avait mis au point la réaction de déviation du complément. L'antigène utilisé était le virus vaccinal.

Les travaux du Pr Lépine en 1952 ont permis de voir directement, au microscope électronique, le virus et d'en déterminer la taille. Ce dernier se présente sous forme d'éléments quadrangulaires difficilement différenciables de ceux de la vaccine.

Endémicité de la Variole dans le Monde au cours de 1961

Pour beaucoup, la variole est une maladie qui ravagea le monde dans les temps anciens, mais qui, de nos jours, ne se manifeste que par petites épidémies. Or, il n'en est rien. Il existe encore en 1962 de nombreux pays d'endémicité où le nombre des cas loin de diminuer augmente. Les pays d'Asie avec l'Inde, le Pakistan et l'Indonésie sont les plus touchés. En 1961, 53.217 cas ont été notifiés à l'O.M.S., contre 39.237 en 1960.

En Indonésie, les chiffres ont été les mêmes au cours des années 1960 et 1961.

Au Indes, par contre, il y a une augmentation importante des cas, notamment dans l'état de Madras, dans l'ancien état de Bombay, dans la vallée supérieure du Gange et dans les états du Nord-Ouest (Pendjab, Rajasthan). Des baisses, par contre, ont été enregistrées dans les vallées moyenne et inférieure du Gange, et sur la côte Est.

Une forte hausse est notée au Pakistan Occidental, et, en particulier, à Karachi, tandis qu'au Pakistan Oriental, les chiffres diminuent depuis 1959.

En Birmanie, et en Iran, les chiffres continuent à baisser.

Enfin la variole a disparu à Aden, en Jordanie, en Malésie et depuis 2 ans des états d'Irak, de Katar, de Koweït, de Mascate et d'Oman, de Singapour et du Sud-Vietnam.

Par contre, elle a reparu dans la partie asiatique de l'U.R.S.S. et à Ceylan.

En Amérique du Sud, 1923 cas ont été notifiés à l'O.M.S. en 1961, contre 3126 en 1960.

Les 2 pays les plus touchés sont le Brésil (où les chiffres sont en hausse par rapport à 1960) et l'Equateur. Mis à part le Brésil, partout ailleurs le nombre des cas notifiés à l'O.M.S. est en baisse. Aucun cas n'a été signalé dans les pays suivants : Bolivie, Paraguay, Uruguay.

On note en Afrique une hausse des cas spectaculaires par rapport à 1960 : 24.182 contre 15.860. Parmi les pays ayant notifié plus de 500 cas, signalons :

une hausse au Cameroun, Congo (Léopoldville), Côte d'Ivoire, Ethiopie, Haute Volta, Mali et Nyassaland.

une baisse au Dahomey, Niger, Nigéria, Ouganda et Tanganyka.

Par rapport à 1960, la variole a disparu des pays suivants : Guinée Espagnole, Somalie et République Centrafricaine. Par contre, elle a reparu dans les états suivants : Basutoland, et Congo de Brazzaville.

Au total, ont été enregistrés dans le monde 79.349 cas de variole en 1961 contre 58.271 en 1960, 81.169 en 1959, et 245.978 en 1958.

L'Inde et le Pakistan viennent largement en tête avec 47.937 en 1961, 33.050 en 1960, 55.492 en 1959 et 220.713 en 1958.

Ces chiffres montrent la place prédominante de l'Inde et du Pakistan, mais aussi que, loin d'être vaincue, la variole a repris de l'essor en 1961.

E P I D E M I E 1 9 6 1 - 1 9 6 2
EN ANGLETERRE ET EN PAYS DE GALLES

Au cours de l'année 1962, des foyers épidémiques, heureusement limités et sans grande extension secondaire, ont fait leur apparition en Allemagne et en Grande-Bretagne.

L'étude analytique de ces foyers est riche en enseignement.

Nous sommes profondément reconnaissants à Monsieur le Docteur Ravenholt, chef du département d'épidémiologie pour l'Europe, et au Ministère de la Santé Publique, des nombreux documents qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

C'est grâce à ces renseignements que nous pouvons apporter quelques précisions intéressantes concernant les faits les plus récents observés, en Europe, sur la transmission de la maladie et la constitution des foyers épidémiques.

L'Angleterre est un des pays d'Europe où les petites épidémies de variole sont les plus fréquentes. Cette constatation relève semble-t-il de deux causes. Afin de faciliter les échanges commerciaux, la Grande-Bretagne a simplifié les formalités de passage des frontières sur son propre territoire et ce, principalement, avec deux de ses anciennes colonies, l'Inde et le Pakistan qui sont actuellement deux foyers d'endémicité de la variole.

Par ailleurs, rappelons que la vaccination jennérienne n'est pas obligatoire Outre-Manche et cette absence de protection facilite l'extension de la maladie : ainsi, à Bradford, 19 des 57 infirmières, affectées au service des varioleux, n'avaient jamais été vaccinées. Les chiffres des dernières années donnent les résultats suivants :

	:1951:	1952:	1953:	1954:	1955:	1956:	1957:	1958:	1959:	1960:	1961 :
D	10	1	8	0	0	0	2	1	0	0	1
C	27	133	30	0	0	0	4	6	1	1	3

Sur les chiffres précédents, nous allons pouvoir décrire les faits observés, à la suite de l'"importation" de l'affection et nous allons les étudier successivement d'après les documents fournis par le Docteur Ravenholt et le Ministère de la Santé Publique.

Début des foyers épidémiques :

Le premier cas de variole grave d'origine pakistanaise et ses incidents épidémiologiques.

L'existence de cette première pierre du jalon épidémique a eu un grand écho dans la presse.

Observation de St Pancras

Il s'agit d'un pakistanaise, âgé de 24 ans, en provenance de Karachi, venant travailler en Angleterre. Le passager s'était rendu de Karachi à Paris, à bord d'un appareil de la T.A.I-Air France TI-AF 61, arrivé à l'aéroport d'Orly le 25 Décembre à 12 h 30. L'escale a duré quelques heures, pendant lesquelles le voyageur a pu contacter un très grand nombre de personnes et peut-être les contaminer. Il reprit son vol pour Londres à bord d'un appareil de l'Olympic Airways OA 409 et il arriva à 11 h 35.

Bien qu'un peu fatigué, il se joint, en cette soirée de Noël, à 5 amis et va à Saint Pancras. Puis il séjourne dans une pièce habitée par son frère et couche la nuit dans un appartement loué.

De plus en plus souffrant, il est au début soigné par sa belle soeur, mais doit être hospitalisé vers minuit, le 27 Décembre, à l'University College Hospital.

Le diagnostic de variole est posé, dès le lendemain, et le malade transporté au Long Reach Smollpox Hospital avec un exan-

thème constitué de papules confluentes. Il meurt le 6 Janvier 1962.

Le malade avait été vacciné le 17 Novembre 1961, mais ne présentait aucune trace de vaccination.

Les sujets ayant été en contact ont été soigneusement recherchés et soumis à une surveillance médicale très stricte. Son frère, qui s'était installé auprès de lui, dès le 30 Décembre jusqu'au jour de sa mort, n'a nullement été indisposé. Sa belle-soeur, vaccinée le 28 Décembre a eu une réaction accélérée. Le 12 Janvier, apparurent sur ses mains quelques lésions très atypiques et de la température. Elle fut hospitalisée, mais les tests de contrôle furent négatifs.

Il semble bien que ce premier cas ait été sans filiation et sans suite.

Observation de West-Bromwich

Le second cas de variole fut celui d'un pakistanais, âgé de 33 ans. Il arriva à Londres le 19 Décembre 1961 par le vol PIA 707 de la Compagnie "Pakistan Airlines". L'avion avait fait escale à Téhéran, Beyrouth et Rome. Le voyageur fait le parcours en compagnie de deux autres compatriotes.

Il passe à Londres la nuit du 19 Décembre. Le lendemain, il prend le train pour se rendre à Birmingham, puis un taxi pour aller à West-Bromwich.

Il tombe malade le 21 Décembre, mais toutefois, peut passer Noël avec des amis et se rend au cinéma le lendemain.

Ce n'est que le 28 Décembre qu'il consulte au "Moxley Isolation Hospital" où il est mis en observation.

Enfin, le 2 Janvier, il est transporté au "Witton Hospital" avec le diagnostic de variole.

Il était porteur d'une cicatrice de vaccination et avait été revacciné le 28 Novembre 1961.

Une enquête épidémiologique est poursuivie : seul, fut infecté un officier médical de Santé de Tipton qui avait examiné le varioleux le 30 Décembre. Il tomba malade le 11 Janvier et fut hospitalisé le 15.

Cette observation est très intéressante car il s'agit d'une variole fruste, chez un sujet qui a guéri; aucune précaution prophylactique ne fut prise, il n'y eu qu'un cas de contamination semble-t-il, bénin.

Observation de Bradford

L'observation suivante concerne une enfant A.B..., âgée de 9 ans, originaire du Pakistan.

Porteuse d'un certificat de vaccination, elle quitte Karachi le samedi 16 Décembre 1961, sur un avion de la Compagnie "Middle East Airlines" (vol M E 453) avec étape et changement à Beyrouth. Elle prend alors un avion M E 223, de la même Compagnie : après escale à Francfort, elle arrive à Londres dans la nuit du 16 au 17 Décembre.

Le 23 Décembre, elle est hospitalisée au Bradford Children Hospital pour accès palustre qui guérit; le 27, l'enfant fait une nouvelle poussée de température, disparue le 28. Le 29, apparition d'un rash avec pétéchies et la mort survient le 30. Le diagnostic de septicémie est alors posé, après l'autopsie.

Ce n'est que rétrospectivement que le diagnostic de variole est fait, après l'apparition d'une dizaine de cas secondaires chez des sujets ayant été en contact avec cette petite pakistanaise.

En effet, le père d'un enfant hospitalisé dans la même salle, J.C. âgé de 40 ans, se rend à l'hospital les 28 et 30 Décembre; le 6 Janvier, il fait un rash hémorragique et meurt le 11 Janvier (il avait été vacciné pendant son service militaire).

Une cuisinière du même hôpital, H.W., âgée de 48 ans, fatiguée dès le 6 Janvier, n'interrompt son travail que le 10 et décide le 12 Janvier, après l'apparition d'un rash hémorragique. Elle n'avait jamais été vaccinée.

Six enfants, en contact avec le cas primaire, sont aussi contaminés et présentent les premiers symptômes de la maladie entre le 6 et le 10 Janvier.

Tout d'abord deux garçonnets, de 3 et 5 ans, meurent les 12 et 19 Janvier (ils n'avaient jamais été vaccinés).

Ensuite, une jeune infirmière de 17 ans, non vaccinée, est également atteinte.

Le médecin (37 ans) qui a pratiqué l'autopsie de la jeune pakistanaise meurt de variole, le 23 Janvier : l'affection avait commencé le 12 par de la température, des céphalées, des vomissements et des rachialgies : il avait été hospitalisé le 17, dès l'apparition de l'exanthème : un médicament nouveau : "compound 33" avait été administré sans résultats.

Trois autres cas de variole secondaires à ces derniers apparaissent chez des sujets exposés, les symptômes se déclarant après la vaccination.

En particulier :

- une jeune garçon de 12 ans, garçon de courses à l'hôpital des enfants de Ilkeley,
- puis deux hommes, l'un âgé de 63 ans, l'autre de 77 ans, tous les deux en traitement à l'hôpital Saint Luc à Bradford, moururent.

Leur mort fut imputée non pas à la variole mais à l'affection pour laquelle ils étaient antérieurement traités.

Des mesures prophylactiques générales furent instituées :

En voici quelques détails :

De nombreux centres de vaccination furent ouverts. La moitié de la population fut vaccinée avant le 16 Janvier, dont 85 % d'enfants en âge scolaire.

Les cas contacts furent attentivement surveillés : pendant les 9 premiers jours, il n'y eut pas de limitation de leurs mouvements et de leurs activités professionnelles.

Du 10ème au 16ème jour, ils restaient chez eux avec visite médicale quotidienne; si on notait l'apparition de symptômes suspects, la quarantaine était appliquée à leur domicile.

Enfin, on procédait à consultation terminale le 18ème jour.

Le personnel hospitalier fut vacciné et 30 infirmières dont la réaction vaccinale était faible, reçurent des injections de gamma-globulines hyperimmunisées.

La vaccination dans la ville de Bradford détermina deux complications mortelles : chez une fillette de 7 ans, à la suite d'une encéphalite post-vaccinale, et chez un nourrisson de 8 mois, eczémateux qui fit une vaccine généralisée après la vaccination de sa soeur.

Observation de Birmingham

Le sujet contaminant est là encore un Pakistanais, âgé de 35 ans, qui quitte Karachi par le vol Lufthansa LH 647 le 3 Janvier et change d'avion à Francfort pour prendre le vol LH 120 de la même compagnie arrivant à Londres le 4 Janvier. Il rejoint Birmingham par le train, puis Small Heath par taxi. Il tombe malade le 8 Janvier, mais le rash éruptif n'apparaît que le 14. Il est admis le 15 Janvier au Witton Smallpox Hospital. Il s'agit d'un sujet présentant une cicatrice de vaccination et revacciné le 16 Décembre 1961.

Observation de Cardiff (Glamorgan Wales)

Comme pour les foyers précédents, c'est un Pakistanais en provenance de Karachi. Il avait quitté cette ville par le vol Middle East Airlines ME 453, le 10 Janvier, et avait changé d'avion à Beyrouth pour prendre le vol ME 205 de la même compagnie. Il arrive à Londres le 11 Janvier. De là, il se rend en taxi à Birmingham le 12 Janvier. Il y passe la nuit avec un ami, et, le jour suivant, prend le train pour Cardiff. Il tombe malade le 13 Janvier, mais ne peut voir un médecin que le 16. Il est alors admis au Lansdown ID Hospital avec une fièvre élevée. Le rash apparut le lendemain et le malade fut envoyé au Penrhys Smallpox Hospital, avec le diagnostic de variole. Il s'agissait d'un sujet ne portant aucune cicatrice de vaccination, mais qui avait été vacciné le 27 Décembre 1961.

La recherche des cas contacts fut rendu difficile par le fait que sa chambre était voisine d'une pièce où l'on jouait et qu'il y avait un va et vient incessant entre les deux pièces, mais il ne semble pas qu'il y ait eu de cas secondaires.

A côté de ces observations de filiation indiscutable, on note la présence de diverses observations qu'il est parfois difficile de rattacher aux cas importés ou aux cas secondaires;

A - Observation de Woolwich

E.D... Anglais, agent d'assurance, âgé de 36 ans, tombe malade le 13 Janvier. L'affection est au début étiquetée varicelle. Ce n'est donc que le 24 Janvier que le malade est hospitalisé. Le diagnostic de variole fut alors posé et confirmé par le laboratoire deux jours après.

Aucune source d'infection n'est retrouvée, si ce n'est une visite à l'hôpital de Dartford où le 1er cas importé fut hospitalisé; le malade n'a jamais quitté le Royaume Uni : E...D... portait une cicatrice de vaccination datant de 20 ans.

Le district de Woolwich est situé à 30 kms de l'aéroport de Londres. Ce cas est donc sans explication.

B - Observation de Hornchurch

Il s'agit d'un sujet anglais, âgé de 49 ans. L'origine de l'infection est incertaine. Toutefois, le malade travaillait avec des Pakistanais. La maladie débute le 22 Janvier. Le rash apparaît le 27 Janvier, mais ce n'est que le 29 Janvier que le malade consulte un médecin et est hospitalisé (il aurait été vacciné dans son enfance).

C - Observation de Rhondda Valley

Il s'agit à nouveau d'un diagnostic rétrospectif de variole.

M.M.... ménagère à Port-y-Gwaith, âgée de 25 ans, tombe malade le 6 Février. Le 8 Février, elle accouche dans la maison de sa mère d'un enfant mort-né, aidée dans le travail par une voisine, M.J...

Elle fut alors hospitalisée pour rétention placentaire et maladie infectieuse, à l'"East Glamorgan Hospital" où elle meurt le 9 Février. A l'autopsie, la mort fut attribuée à une syncope cardiaque, au cours d'une toxémie et d'une afibrinogénémie. Le corps fut renvoyé chez sa mère où il resta jusqu'au 14 Février, jour de l'inhumation.

La source de l'infection n'est pas connue, mais cette femme habitait à un demi-mile de "Penrhys Smallpox Hospital" où le premier cas de Cardiff fut hospitalisé. Cette jeune femme n'avait jamais été vaccinée.

Ce cas est à l'origine d'un foyer épidémique très important qui fit plusieurs décès.

M.J.... Il s'agit de l'amie et voisine qui accouche M.M.... et qui n'avait jamais non plus été vaccinée. Elle tombe malade le 18 Février, est hospitalisée le 25 Février après diagnostic de variole, et meurt le 6 Mars.

Dans la famille de M.M.... 4 cas de variole apparurent dont un fut mortel.

Dans la famille M...J... on note 7 cas de variole, mais sans aucun décès.

5 cas se déclareront à l'East Glamorgan Hospital, où avait été hospitalisée M...M..., 3 décès eurent lieu dont celui d'un médecin gynécologue, âgé de 53 ans, qui assista à l'autopsie de M...M...

2 Cas furent signalés à Tonyrefail : il s'agit de 2 personnes sans doute contaminées par le médecin qui avait examiné M.... juste avant.

9 Cas eurent lieu à Ferndale. Il s'agit de personnes contaminées par la soeur de M...M.... Chez 4 de ces personnes, le diagnostic ne fut pas confirmé par le laboratoire.

Donc, en résumé, secondairement au cas de M...M..., nous trouvons 27 cas de variole, dont 5 furent mortels. La plupart de ces personnes n'étaient pas vaccinés.

D - Glanrhyd Hospital Bridgend (Glanorgan Wales)

Cet hôpital, contenant une partie des 2.050 malades du "Morgan wag Mental Hospital Group", est situé près de Bridgend, dans le Pays de Galles. Il est distant d'environ 3/4 de mille de l'hôpital d'Heddfan où la plupart des cas de variole de la Rhondvalley furent hospitalisés en Mars.

S...E... malade âgé de 75 ans, placé dans la salle F, de l'hôpital tombe malade le 17 Mars. Un rash apparaît le 20 Mars. Il est attribué à la pénicilline, mais le malade meurt le 25 Mars : le diagnostic de variole est alors posé. Le malade n'a sans doute jamais été vacciné. La source n'est pas connue avec certitude, mais attribuée avec de fortes présomptions à la proximité de l'hôpital d'Heddfan.

Secondairement à ce cas, parmi les 44 personnes de la salle F, 20 cas de variole apparurent chez des sujets dont les âges s'évaluaient entre 56 et 88 ans. Parmi ces 44 personnes, 16 n'avaient jamais été vaccinées, 27 n'avaient été vaccinées que dans l'enfance; 12 décès se produisirent pour ceux-ci :

Tableau récapitulatif :

	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
0 - 9	6	2	5	2	11	4
10 - 19	2	-	4	-	6	-
20 - 29	6	-	4	3	10	3
30 - 39	4	2	-	-	4	2
40 - 49	5	1	4	2	9	3
50 - 59	3	1	2	2	5	3
60 - 69	1	-	5	2	6	2
70 - 79	1	-	11	7	12	7
80 - 89	-	-	4	2	4	2
TOTAL	28	6	39	20	67	26

A ces 67 cas confirmés, soit par le laboratoire, soit par autopsie, il faut ajouter une douzaine de cas dont les symptômes furent typiques, mais non confirmés par le laboratoire.

Une vaccination intense est entreprise en Angleterre. Entre Janvier et Mars, 7.000.000 de doses furent distribuées alors que 500.000 doses seulement l'avaient été l'année précédente pendant la même période.

A l'époque, on pensait atteindre les 10.000.000 de doses pour la durée de l'épidémie.

Il est intéressant de constater que les complications vaccinales furent assez nombreuses dans ce pays où la vaccination n'est pas obligatoire, au cours de la première année.

Entre Janvier et Mars 1961, on dénombre :

A/ Vaccines généralisées

1/ Chez des sujets non eczémateux : 73 cas furent signalés dont 61 suivirent une primo-vaccination et 12 une revaccination.

Un décès chez un enfant de 8 ans.

2/ Chez des sujets porteurs d'un eczéma : 1 cas mortel chez un enfant intentionnellement vacciné.
14 cas chez des sujets vaccinés accidentellement, dont 4 décès.

B/ Encéphalite post-vaccinale

30 cas furent signalés dont 3 décès (un enfant et deux adul-

tes).

Des séquelles sont signalées chez 3 et peut être 5 des cas.

Les premières statistiques donnent 1,5 décès pour 1.000.000 de vaccination, mais les résultats sont malheureusement incomplets car ils ne portent que sur une période de l'épidémie. Ils permettent tout de même de juger de l'importance que prennent les réactions vaccinales chez les primo-vaccinés tardifs.

Quelques remarques peuvent être faites sur l'aide apportée par le laboratoire au diagnostic de la variole. Plusieurs méthodes furent employées.

A/ Matériel prélevé sur la peau au cours des éruptions des cas suspects :

Cela s'étend du prélèvement fait à l'aiguille dans un rash maculaire jusqu'au grattage des sommets des vésicules et des croûtes.

Tous ces prélèvements étaient cultivés sur membrane chorio-allantoïdienne d'oeufs incubés de 10 à 13 jours.

(Dans quelques cas, ces prélèvements furent ensemencés sur cultures monocellulaires de cellules Hep.2.

Quoique vaccine et variole donnassent le même résultat, en un

à trois jours, c'est un faible avantage sur la culture sur oeufs, et ce, d'autant plus qu'elle ne permet pas de distinguer les deux virus l'un de l'autre.)

Onze cas de variole et deux cas de vaccine furent découverts de cette manière. Il y eut 17 cultures sur oeufs positifs dont 13 pour la variole et 4 pour la vaccine.

Le test de fixation du complément : fut effectué lorsque le prélèvement le permettait. Il fut positif dans 3 cas sur 4 en moyenne.

Le test de diffusion sur l'Agar-gel fut pratiqué selon les méthodes de DUMBELL et de NIZAMUDDIN sur les 17 spécimens précédents, et donna des résultats positifs avec le sérum vaccinal hyperimmunisé de lapin dans 8 des 17 cas.

Selon les auteurs anglais, les résultats négatifs, dans 9 cas, seraient dûs à des prélèvements trop minimes. Le gros avantage de ce test résiderait dans sa rapidité : 4 à 6 heures.

B/ Matériel en provenance des autres organes ;

En cas de décès, les prélèvements furent effectués au niveau du foie, de la peau et du sang. Un enfant, qui avait présenté un petit rash et dont l'autopsie n'avait pas été faite, présenta une culture sur oeufs positive après prélèvements à l'aiguille du foie.

Chez un homme, des prélèvements effectués post-mortem sur le

foie, le cerveau, les poumons et la rate donnèrent des tests de fixation du complément et de diffusion sur gel positif.

Inversement, chez un cas étiqueté cliniquement variole hémorragique, les tests furent négatifs. Un examen histologique de la peau ne montra pas de lésions de variole. Il semble qu'il s'agisse là d'une septicémie.

C/ Culture de sang :

Le sang de 20 personnes fut ensemencé sur l'oeuf incubé. Un seul cas fut positif, celui de la cuisinière de l'hôpital de Bradford, dont le prélèvement fut effectué la veille de sa mort. Des études entreprises, il semble que la culture de sang serait plus souvent positive dans le cas où il existe un pronostic fatal.

D/ Prélèvements de gorge :

Ils furent de peu d'aide. Des prélèvements effectués chez 6 enfants au début du rash et de la période fébrile ne mirent en évidence que le virus E.C.H.O. Le virus ne fut retrouvé qu'à un stade plus tardif de la maladie et encore dans un seul cas.

E P I D E M I E 1 9 6 1 - 1 9 6 2

EN ALLEMAGNE FEDERALE

La récente épidémie de variole en Allemagne de l'Ouest fut loin de prendre les proportions et d'avoir les conséquences qu'elle eut en Grande-Bretagne. La principale raison semble en être la vaccination obligatoire. En effet, cette dernière est pratiquée au cours de la première et de la douzième année.

Si nous regardons les chiffres au cours de ces 10 dernières années, nous constatons que, de 1951 à 1956, il n'y eut aucun cas de variole. En 1957, un cas bénin, en 1958, 9 cas, dont un décès, en 1959, 14 cas dont un décès.

Les principales épidémies eurent lieu à Wiesbaden, à Hambourg, à Heidelberg, à Berlin Est et à Ansbach.

DUSSELDORF (Wesphalie du Nord)

Le premier cas diagnostiqué fut celui de W...J..., âgé de 37 ans, ingénieur des Mines. Il quitte Monrovia le 1er Décembre 1961 par le vol Air-France AF 484 pour Dakar. De là, le même jour, il gagne Paris par le vol Air-France AF 300. Il passe la nuit à Paris et le 2 Décembre, se rend à Dusseldorf par le vol Air-France AF 672. Quelques jours plus tard, il se rend à Fribourg par le train et, de là, gagne en voiture une mine de Rhingsheim située dans le Bade-Wurtemberg.

La maladie débute le 12 Décembre avec douleurs dorsales, fièvre et rash. Le diagnostic de fièvre scarlatine est posé.

Ce n'est que rétrospectivement que le diagnostic de variole fut établi devant l'apparition de cas secondaires. Le sujet

fit une variole bénigne, il avait été vacciné le 12 Août 1959.

Plusieurs cas primaires se déclarèrent, notamment dans sa famille, parmi les 80 cas contact ayant pu être isolés.

T...J..., âgé de 5 ans, fait une variole typique qui débute le 25 Décembre. Le diagnostic de variole n'est posé que le 1er Janvier 1962. Il est alors hospitalisé. L'enfant avait été vacciné 2 fois.

W...J..., âgée de 29 ans, et femme de Monsieur W...J... présente une variole bénigne qui débute le 31 Décembre. Elle est hospitalisée le 1er Janvier avec son fils, son mari, deux enfants bien portants et une jeune servante dans la section réservée aux varioleux de l'hôpital des maladies infectieuses de Dusseldorf. Cette jeune femme avait été vaccinée 2 fois : une première fois, il y a 12 ans et une seconde, sans succès, en 1959.

E...S... âgée de 58 ans, infirmière à l'hôpital de Dusseldorf. est isolée avec la famille J... pour donner les soins, le 1er Janvier. Elle tombe malade le 12 Janvier et est traitée massivement par les antibiotiques, ce qui déclenche un exanthème et une néphrite. Puis des pustules hémorragiques apparaissent et elle décède le 20 Janvier. Elle avait été vaccinée 2 fois : la première sans résultat le 1er janvier, la seconde avec succès, le 6 Janvier. Le diagnostic de variole fut confirmé par le laboratoire.

M...L..., âgée de 49 ans, aide-soignante présente les premiers symptômes le 1er Février et meurt le 17 Février. Cette personne avait été, pensait-on, vaccinée avec succès le 1er Janvier.

Il semble que E...S... soit à l'origine de l'infection de M...L...

La revaccination massive fut alors imposée et le 6 Janvier, 24.000 personnes avaient été vaccinées dans 24 centres de Dusseldorf sans compter les vaccinations effectuées dans les centres privés.

80 sujets contacts primaires étaient isolés.

Le 12 Janvier, 110.000 vaccinations avaient été pratiquées et 77 cas primaires étaient encore isolés.

A côté du foyer de Dusseldorf, il faut citer celui du District de Bruchsal :

A Bruchsal, dans la province de Bade-Wurtemberg, un cas suspect de variòle est signalé. Il ne fut pas confirmé par la suite. Il présente cependant un certain intérêt car il fut en relation avec le cas de Schaffhouse en Suisse.

Le cas Suisse, en effet, est celui d'une variole bénigne diagnostiquée cliniquement le 6 Janvier. Le malade avait été en contact avec le malade de Bruchsal, au cours d'un voyage qu'il effectua à Dusseldorf du 26 Décembre 1961 au 1er Janvier 1962.

En panne de voiture, il fut assisté par le cas précédent. Le cas de Schaffhouse resta isolé, il n'y eut pas de cas secondaire en Suisse.

Wiesloch (Bade-Wurtemberg)

Il y est signalé un cas d'encéphalite varioleuse chez un sujet

en provenance du Maroc où il avait effectué un voyage.

Le diagnostic fut infirmé par le laboratoire.

La ville de Dusseldorf fut déclarée indemne de variole le 5 Mars 1961.

LAMMERSDORF et SIMMERATH, district de Aix-la-Chapelle,
Kreis de Monschau (Westphalie du Nord)

C'est surtout à Lammersdorf que le foyer fut important.

J...B..., mécanicien allemand âgé de 31 ans, habitant de Lammersdorf, est rentré le 23 décembre 1961 d'un séjour aux Indes. L'affection débute le 8 Janvier avec maux de tête, fièvre et rash. En même temps, apparaissent des pustules. Le diagnostic porté est celui de varicelle.

Là, encore, ce n'est que secondairement que fut diagnostiqué ce cas de variole. Il s'agissait d'une maladie bénigne. Le sujet avait été vacciné à Bombay, le 29 Avril 1960, sans succès.

De nombreux cas de varioles apparaissent, tant parmi la famille que les relations de J...B... L'étude épidémiologique permet en effet de confirmer que c'est bien ce malade qui déclencha cette épidémie et permit aussi de rectifier le diagnostic initial.

W...B..., âgée de neuf ans, et fille du précédent, avait été vaccinée une fois sans succès dans sa toute première enfance. La maladie commence le 25 Janvier 1962. Le 28, apparaissent sur le visage des pustules qui se généralisent au corps tout entier le 30 Janvier. Le 31 Janvier, elle est hospitalisée à Simmerath, ainsi que 149 Personnes ayant eu contact avec elle et qui sont ainsi mises en quarantaine.

Le diagnostic clinique de variole est confirmé le 5 Février par le laboratoire.

M...B..., âgée de trente ans, et femme de J...B... et W...B... âgé de sept ans, leur fils, présentent aux environs du 22 Janvier un exanthème. Le diagnostic de variole n'est fixé que rétrospectivement. Ils sont alors hospitalisés et isolés le 1er Février. Une vaccination effectuée à ce moment ne prend pas.

Un grand nombre de cas apparurent alors parmi les personnes ayant été en contact avec la famille de J...B...

Les premiers touchés furent les membres d'une famille amie les G..., et l'ambulancier qui avait transporté la famille J...B... à l'hôpital. Toutes ces personnes étaient isolées comme cas contact et avaient été vaccinées, mais trop tard. Elles avaient presque toutes présenté des réactions papulaires.

Ensuite fut atteinte la grand Mère de W...B..., âgée de 72 ans. Cette dame avait été vaccinée sans succès les 1er et 3 Février.

Dès lors, l'épidémie se développe dans l'hôpital de Simmerath, frappant le personnel et les malades en traitement : 7 cas de déclarent parmi le personnel. Tombent successivement malades, une jeune infirmière, de 21 ans, une femme de ménage, un surveillant et son épouse, et enfin, le charpentier de l'hôpital, sa femme et sa fille. Toutes ces personnes avaient été vaccinées tardivement à l'exception toutefois du surveillant qui souffrait d'eczéma.

10 cas de variole apparurent chez des malades en traitement. Un seul fut mortel chez un homme âgé de 31 ans. La plupart de ces personnes ne présentaient qu'une vaccination ancienne. Secondairement à ces 10 cas, apparurent 3 autres cas chez des personnes ayant eu des contacts avec les malades précédents. Furent atteints, la femme et le fils de l'un des malades hospitalisés et une personne venue en visite.

Enfin 3 cas se déclarèrent chez des médecins : Docteur F... H... Médecin généraliste à la Lammersdorf. Il fut le premier médecin appelé au chevet de W...B... Sa dernière vaccination datait du 31 janvier (réaction papulaire). Il était isolé à son domicile quand il tomba malade le 10 Février.

Docteur K...S... Médecin dermatologiste d'Aix la Chapelle, âgé de 41 ans. Il fut appelé en consultation auprès de W... B... par le Docteur F...H... Sa maladie débuta le 9 Février, mais ce n'est qu'à partir du 16 Février que la variole fut suspectée. Le diagnostic est confirmé le 23 Février par la culture sur membrane chorio-allantoïdienne d'oeuf incubé. Il avait été vacciné le 2 Février avec une réaction vésiculaire. C'est le seul cas décrit à Aix la Chapelle.

Docteur T...B... médecin de l'Hôpital de Simmerath, tombe malade le 9 Février. Il avait été vacciné les 1er et 3 Février avec réaction papulaire.

C O N C L U S I O N S :

Nous avons donc en résumé :

- 1 - à Dusseldorf : 5 cas, dont 2 décès
- 2 - Kreis de Monschau : 32 cas, dont 1 décès
- 3 - Aix la Chapelle : 1 cas

Une intense campagne de vaccination est engagée. Au 8 Mars 1962, 15.300 vaccinations avaient été faites dans le Kreis de Monschau, 73.000 dans le district urbain et 19.000 dans le district rural d'Aix la Chapelle.

Aix la Chapelle est déclarée indemne de variole le 19 Mars, et le Kreis de Monschau le 18 Avril.

Dès le début de l'épidémie, des mesures furent prises immédiatement pour isoler non seulement les malades, mais aussi les personnes ayant eu des contacts avec eux, ou suspectées d'en avoir eu. Une intense campagne de vaccination fut entreprise. Environ 180.000 personnes furent vaccinées à Dusseldorf, tandis qu'à Aix la Chapelle, Monschau et leurs alentours, le nombre atteignit 208.000.

Il n'y eut pas de suites vaccinales. Quelques réactions furent observées mais en aucun cas d'encéphalite, ni de maladie vaccinale.

Pendant cette épidémie, les Allemands Peters, Nielson, Bayer se sont attachés avant tout à démontrer la parfait concordance existant entre le microscope électronique et la culture sur oeuf, le microscope électronique permettant, en effet, un diagnostic deux jours plus tôt.

Sur 23 cas positifs, au microscope électronique, 21 furent positifs sur l'oeuf, et dans 2 cas, la culture fut négative ou douteuse. Dans ces 2 cas, les examens furent refaits deux et quatre jours plus tard, et furent concordants.

Enfin, dans 3 cas, les deux résultats furent négatifs.

Ceci met en évidence le rôle prépondérant que joue le microscope électronique dans les diagnostics de la variole.

CONSEQUENCES DE L'EPIDEMIE EN FRANCE

Bien que non touchée par la récente épidémie, la France fut cependant longtemps un pays d'endémicité de variole, et tous les ans, de nombreux cas se déclaraient.

Pendant la guerre de 1870, deux cent mille cas de variole se déclarèrent dans l'Armée Française, dont 23.400 furent mortels, alors qu'il n'y en eut que 297 dans l'Armée Allemande où la vaccination était obligatoire. Ceci sans compter les nombreux cas dans la population civile, dûs à l'afflux des provinciaux à Paris.

En 1899, la variole partie de Manille, gagna le Var, puis Lyon et Paris.

En 1900, l'épidémie de Lyon fit 912 victimes, dont 187 décès.

Pendant 1914-1918, seulement 26 cas. Cette période est à signaler car c'est à cette époque que fut entreprise sur une grande échelle la vaccination anti-variolique. Elle marque la fin de la période d'endémicité en France. Les épidémies suivantes seront toutes dûes à des cas importés.

En 1925-1928, une épidémie d'origine Nord-Africaine fit 50 victimes, dont 5 Décès.

En 1926, une nouvelle épidémie de même origine que la précédente fit 247 victimes, dont 64 décès.

En 1942, 61 cas, dont 3 décès.

En 1945, 2 cas à Perpignan, et 8 cas à Arras, dont 1 décès.

En 1947, 14 cas à Calais, dont 1 décès. Origine algérienne. A Paris, 33 cas (24 enfants), dont 2 décès.

En 1948, 3 cas à Paris.

En 1952, l'épidémie fit 47 victimes à Marseille, dont 4 décès.

Ces épidémies, pour la plupart, sont d'origine africaine.

En 1955, 2 nouvelles épidémies : l'une à Brest où l'on dénota 20 cas de variole typique et 2 cas suspects, et d'autre part, 2 cas de variole fruste. L'autre, à Vannes, qui prit une grande extension.

Son point de départ semble avoir été l'Indochine. Le premier cas fut en effet celui d'un enfant, dont le Père, sergent parachutiste, avait séjourné à Vannes en permission peu de temps avant. L'enfant, âgé de 1 an, avait présenté une éruption formée de grosses bulles non confluentes prédominant à la face. Le diagnostic de "pemphigus" fut posé et l'enfant hospitalisé. Le véritable diagnostic ne fut évoqué que plus tard à l'apparition d'éruptions suspectes chez d'autres enfants du même service. Le mode de transmission de la maladie ne fut pas établi avec certitude. Transmission directe ?

Le père avait été hospitalisé quelque temps auparavant avec le diagnostic de poliomyélite, puis de Guillain-Barré. Etait-ce une forme atypique de variole ? Transmission indirecte par des pyjamas indigènes offerts en cadeau ?

Cette épidémie fut avant tout une épidémie hospitalière se développant en vase clos. Les premiers atteints furent les enfants du service de pédiatrie. L'épidémie gagna ensuite le service de médecine générale, frappant malades et personnel. Enfin, 8 cas furent signalés en dehors de l'Hôpital.

Plusieurs médecins furent touchés, dont un décéda.

On peut compter en tout 64 cas de variole, auxquels il faut ajouter 3 cas de variole fruste, à forme fébrile pure.

Parmi le 60 premiers cas, on dénote :

11 décès dont 5 chez des jeunes enfants vaccinés

2 chez des adultes non vaccinés

4 chez des adultes à vaccination ancienne

11 formes graves

52 de ces cas survinrent chez des malades hospitalisés et 7 des 8 cas extérieurs peuvent être rattachés directement à l'hôpital, ce qui montre le caractère essentiellement hospitalier de cette épidémie.

Du fait de sa position géographique entre les deux pays touchés par la récente épidémie, et du fait de ses rapports nombreux avec eux, la France dût prendre certaines précautions pour protéger son territoire.

Toutes les personnes ayant un rapport possible avec les contagieux éventuels furent invitées à se faire vacciner, à savoir : le personnel des établissements hospitaliers, publiques et privés, celui des blanchisseries participant à l'activité des services hospitaliers, des ambulances, des services de désinfection, des services de contrôle sanitaire aux frontières, des directions de la santé et des bureaux d'hygiène. Furent également invités à se faire vacciner le personnel des

ports et aéroports, ainsi que les personnes dont les activités professionnelles les amènent à être en contact avec les voyageurs internationaux ou leurs bagages, lorsqu'ils n'ont pas été immunisés depuis trois ans.

Enfin, toutes les facilités furent accordées à ceux qui le désiraient pour se faire vacciner, et ce, gratuitement.

La vaccination devait être suivie d'un contrôle vaccinal :

Ne peut être considérée comme réaction d'immunité valable que :

- la vaccination primaire : c'est à dire une papule apparaissant dans les 1 à 6 jours, se vésiculant un à trois jours plus tard. L'érythème environnant atteignant son maximum le 9ème jour.

- et la réaction accélérée : avec papules apparaissant plus tôt, vésicules plus petites et érythème maximum entre quatre et sept jours.

Enfin la réaction dite "d'immunité" ou réaction immédiate, avec papules et aréole (l'érythème étant maximum 8 à 72 heures après la vaccination), peut être considérée comme valable à condition qu'il y ait une papule.

Ainsi furent distribuées (du 1er Janvier au 7 Mars) :

A - Par l'Institut de la Vaccine de Paris :

quatre millions de doses de vaccin dans Paris (hôpitaux et mairies), Orly et la Région Parisienne. Cela correspond à environ quatre millions de vaccinations, ce qui représente une période d'environ six mois en temps normal.

B - Institut Vaccinal de Montpellier

- 110.000 doses pour la Préfecture
- 120.000 doses pour l'Armée
- 20.000 doses pour les hôpitaux
- 85.000 x 10 doses pour le secteur privé.

Il y a lieu de considérer que dans le secteur privé 10 doses sont effectives pour vacciner 4 à 5 personnes.

C - Institut Pasteur de Lille (Nord, Pas de Calais, Somme, Aisne)

- 400.000 doses

Aux frontières et aéroports, fut appliqué l'Article 83 du règlement sanitaire international aux voyageurs en provenance d'une circonscription affectée, et ce, tant que la dite circonscription n'a pas été déclarée indemne de variole (voir chapitre Législation).

L E G I S L A T I O N

Règlement Sanitaire International adopté par l'O.M.S.

Chapitre IV Variole du Titre V

Art. 82

Aux fins du présent règlement, la période d'incubation de la variole est de 14 jours.

Art. 83

1 - L'Administration sanitaire peut exiger de toute personne effectuant un voyage international qu'elle soit munie à l'arrivée d'un certificat valable de vaccination contre la variole, à moins qu'elle ne présente des signes d'une atteinte antérieure de variole attestant de façon suffisante son immunité. Si la personne n'est pas munie de ce certificat, elle peut être vaccinée. Si elle refuse de se laisser vacciner, elle peut être soumise à la surveillance pendant 14 jours au plus à compter de la date de son départ du dernier territoire par où elle a passé avant son arrivée.

2 - Toute personne qui, effectuant un voyage international, s'est trouvée, au cours des 14 jours précédant, son arrivée, dans une circonscription infectée et qui, de l'avis de l'autorité sanitaire, n'est pas suffisamment protégée par la vaccination, ou par une atteinte antérieure de la variole, peut être vaccinée ou soumise à la surveillance, ou vaccinée puis soumise à la surveillance; si elle refuse de se laisser vacciner, elle peut être isolée : la durée de la période de surveillance ou d'isolement ne peut dépasser quatorze jours à

compter de la date à laquelle la personne a quitté une circonscription infectée. Un certificat valable de vaccination contre la variole constitue la preuve d'une protection suffisante.

Art. 84

1 - Un navire, ou aéronef, est considéré comme infecté, si, à l'arrivée, il y a un cas de variole à bord, ou si un cas s'étant déclaré pendant le voyage.

2 - Toute autre navire ou aéronef est considéré comme indemne, même si des suspects se trouvent à bord, mais ceux-ci peuvent, s'ils quittent le bord, être soumis aux mesures fixées par l'article 85.

Art. 85

1 - A l'arrivée d'un navire ou aéronef infecté, l'autorité sanitaire :

a/ Offre la vaccination à toute personne à bord que cette autorité sanitaire considère comme n'étant pas suffisamment protégée contre la variole.

b/ Peut pendant 14 jours au plus à compter de la date de la dernière en fonction à l'infection, isoler ou soumettre à la surveillance toute personne quittant le bord, mais l'autorité sanitaire prend en considération, quand elle fixe la durée de la période d'isolement ou de surveillance, la vaccination antérieure de cette personne et les possibilités d'infections auxquelles elle aurait été exposée.

c/ Procède à la désinfection de :

1/ Tous les bagages des personnes atteintes.

2/ Tous autres bagages ou objets, tels que literie ou linge ayant servi, et toute partie du navire ou de l'aéronef, qui sont considérés comme contaminés.

2/ Un navire ou aéronef continue d'être considéré comme infecté jusqu'à ce que les personnes atteintes aient été débarquées et que les mesures présentées par l'autorité sanitaire, conformément au paragraphe I du présent article ayant été dûment appliquées. Le navire ou l'aéronef est dès lors admis à la libre pratique.

Art. 86

A l'arrivée, tout navire ou aéronef indemne même provenant d'une circonscription infectée, est admis à la libre pratique.

Art. 87

Si, à l'arrivée d'un train ou d'un véhicule routier, un cas de variole est constaté, la personne atteinte est débarquée et les dispositions du paragraphe 1 de l'article 85 sont appliquées, la durée de la période éventuelle de surveillance ou d'isolement étant comptée à partir de la date d'arrivée du train ou du véhicule routier et la désinfection étant appliquée à toute partie du train ou du véhicule routier qui est considéré comme contaminé.

TITRE II

Art. 6

1 - L'administration sanitaire d'un territoire dans lequel est située une circonscription infectée avise l'organisation dès que cette circonscription redevient indemne.

2 - Une circonscription infectée peut être considérée comme redevenue indemne quand toutes les mesures de prophylaxie ont été prises et maintenues pour prévenir la réapparition de la maladie où son extension possible à d'autres circonscriptions et quand :

a/ En cas de peste, choléra, variole, typhus et fièvre récurrente, il s'est écoulé après le décès, la guérison, ou l'isolement du dernier cas constaté, un laps de temps égal au double de la période d'isolation, telle que déterminée dans le présent règlement, et qu'aucune circonscription située à proximité n'a été atteinte par la maladie; toutefois, en cas de peste, s'il existe également de la peste chez les voyageurs, il faut, en outre, que le délai fixé à la lettre (c) du présent paragraphe se soit écoulé.

b/ En cas de fièvre jaune, transmise par un vecteur autre que l'aedes aegypti, trois mois se sont écoulés sans signe d'activité du virus de la fièvre jaune.

En cas de fièvre jaune transmise par l'aedes aegypti, il s'est écoulé trois mois depuis le dernier cas chez l'homme ou un mois depuis le dernier cas si l'indice d'aedes aegypti a été maintenu constant au-dessous de 1 %.

c/ En cas de peste chez les voyageurs, il s'est écoulé 1 mois après la suppression de l'épizootie.

Arrangements conclus sous l'égide de l'Union de
l'Europe Occidentale - en vigueur depuis le
15 Juin 1956 dans les pays suivants :

Zones visées par les mesures

a/ Communications maritimes

Royaume Uni
République allemande fédérale
Belgique
France
Irlande
Italie
Pays bas

Les ports sont dénommés ports sanitaires francs.

b/ Communications aériennes

République allemande
Belgique
France
Irlande
Italie
Luxembourg
Pays-Bas
Royaume Uni.

y compris les Iles anglo-normandes et l'Ile de Man.

Echanges de renseignements

Chacun des pays mentionnés envoie aux autres les renseignements ci-après :

- 1 - L'indication du service auquel doivent être adressés ou demandés les renseignements épidémiologiques.
- 2 - Les détails de toutes les maladies visées par les règlements sanitaires internationaux ainsi que les détails de tout autre incident épidémiologique qui pourraient intéresser les autres pays participant à cet arrangement, avec toutes observations nécessaires sur l'origine et l'évolution des cas signalés et les mesures prises pour les contrôler.
- 3 - Le nom de toute personne ayant eu des contacts avec des sujets atteints d'une maladie quarantenaire aux termes du règlement sanitaire international (notamment la variole), qui quitte son territoire pour se rendre dans l'un quelconque des autres pays.
- 4 - Une liste de ces principaux ports et aéroports, donnant les noms, numéros de téléphone, adresse télégraphique des chefs de services responsables, ainsi que tous renseignements sanitaires spéciaux (par exemple s'il s'agit d'un port de mer désigné pour délivrer des certificats internationaux de dératisation.... ou un aéroport sanitaire aux termes du règlement sanitaire international.
- 5 - Les noms et adresses des voyageurs qui ont débarqué d'un avion ou d'un navire contaminé ou suspect, ou d'un navire ou d'un avion qui a débarqué au cours du voyage un malade atteint

d'une maladie prévue par le règlement sanitaire international (variole, choléra...) si les voyageurs se rendent dans d'autres pays, les informations doivent être envoyées au service visé dans le paragraphe I.

Contrôle sanitaire des ports de mer

1 - La déclaration maritime de santé n'est exigée d'aucun navire desservant uniquement les ports sanitaires francs et ne faisant escale dans aucun autre port au cours de son voyage (y compris Gibraltar). Dans les conditions normales de santé, il n'est pas nécessaire que les navires demandent la libre pratique.

2 - Toutefois les conditions ci-après s'appliquent obligatoirement à tous les navires ;

A/ A l'approche du port, les navires doivent arborer les pavillons internationaux ou signaux lumineux appropriés pour indiquer l'état sanitaire à bord.

B/ S'il n'y a eu à bord, au cours du voyage, aucune maladie contagieuse ou cas suspect, le navire peut immédiatement amarrer sous réserve de prescription des autorités du port ou des douanes.

c/ Une fois la libre pratique accordée, les services sanitaires ne s'opposent pas à la montée à bord des agents et autres personnes autorisées, au débarquement des passagers, au déchargement.

D/ Pendant l'escale, les fonctionnaires autorisés des services sanitaires portuaires peuvent monter à bord, passer l'

inspection du navire à tout moment, et si une maladie "quarantenaire" est découverte, peuvent prendre les mesures nécessaires prévues par la réglementation en vigueur.

E/ Le commandant du navire, doit à la demande des services sanitaires portuaires fournir tous renseignements et déclarer tout cas de maladie présumée contagieuse.

3 - Les formalités de délivrance des certificats internationaux de dératisation et des certificats d'exemption de dératisation aux ports désignés et approuvés sont inchangés.

Contrôle sanitaire aérien

1 - Un avion qui prend l'envol d'un lieu quelconque à l'intérieur de la "zone sanitaire franche" et ne s'arrête nulle part hors de cette zone au cours du trajet n'est pas soumis au contrôle sanitaire à l'arrivée à un autre lieu de la zone sanitaire franche:

2 - Chaque pays peut assujettir (dès cette zone) un avion arrivant de l'extérieur de la zone à toute mesure de contrôle sanitaire prévue par la réglementation en vigueur.

Suspension provisoire des mesures de
contrôle sanitaire maritime et aérien

Dans des circonstances anormales et exceptionnelles, par exemple, si un port ou un aéroport dans l'un des pays cités est déclaré contaminé par une "maladie quarantenaire" ou si un cas de maladie contagieuse existe à bord d'un avion ou d'un navire, les mesures ci-dessus, à l'exception de celles qui sont prévues au paragraphe 2 peuvent être totalement ou partiellement suspendues par avis émanant des services sanitaires portuaires ou du chef de service du contrôle sanitaire de l'aéroport.

Certificats de vaccination exigés dans les voyages internationaux :

Allemagne :

Certificat exigé des pays d'Afrique, d'Amérique (excepté le Canada et les Etats-Unis), d'Asie (excepté le territoire de l'U.R.S.S. situé en Asie), Le certificat est toutefois exigé des voyageurs en provenance de toute circonscription infectée.

France :

Certificat exigé des pays d'Afrique (excepté le Maroc et la Tunisie), et d'Asie (excepté Israël, Syrie, Japon, Liban), d'Amérique (excepté Canada, et Etats Unis). Vaccination recommandée.

Royaume Uni :

Aucun certificat exigé habituellement. Dans des cas particuliers, par exemple quand un navire ou un aéronef est reconnu "infecté" à l'arrivée, toute personne se trouvant à bord, qui présente un certificat de vaccination contre la maladie, dont il s'agit, peut éviter d'être soumise à certaines mesures sanitaires.

C O N C L U S I O N

La variole, qui ne se manifeste que sporadiquement dans nos pays, est loin d'avoir disparu du monde. Les dernières statistiques de l'O.M.S. font, au contraire, ressortir une nette augmentation des cas en 1961 par rapport à 1960. Les pays d'endémicité, Inde, Pakistan, Afrique, Amérique du Sud, n'étant plus qu'à quelques heures des nôtres, les risques de contamination sont augmentés et il serait dangereux de ralentir notre effort concernant les mesures de protection dans notre pays.

La vaccination préventive a un rôle capital bien illustré par deux exemples : celui de l'Allemagne où, depuis 1874, la vaccination est obligatoire au cours de la 1ère et de la 12ème année; les cas décelés furent bénins. Par contre, en Angleterre, où, pour des raisons de respect de la liberté, la vaccination est facultative et le pourcentage de la population immunisée faible, des foyers épidémiques se sont développés rapidement donnant un total de 67 cas, dont 26 décès, parmi lesquels des médecins et des infirmiers n'ayant jamais été vaccinés.

Vu, le Président de Thèse :
Professeur DEPARIS

Vu, le Doyen de la Faculté :
Professeur L. BINET

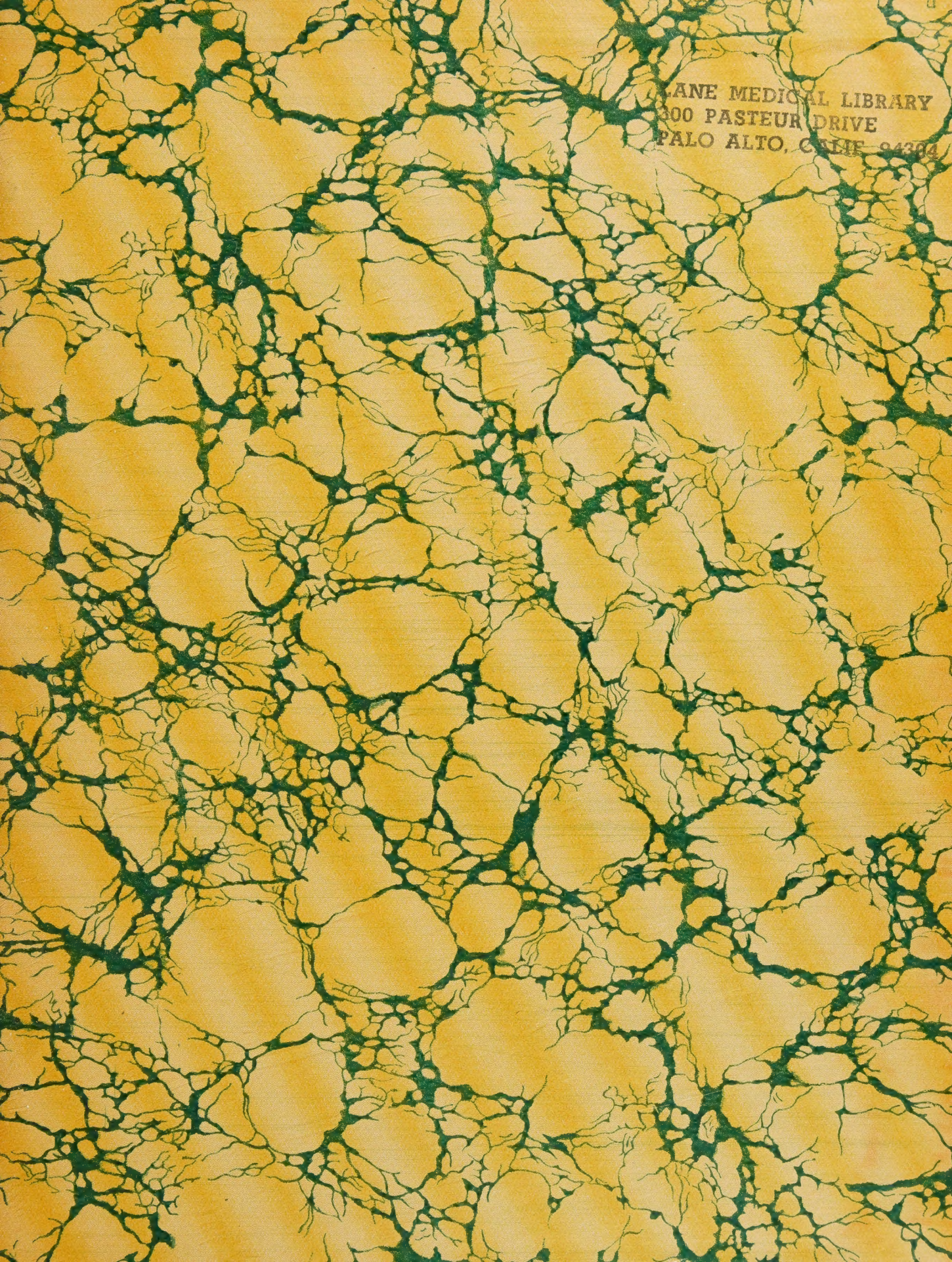
Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- Encyclopédie Médico-Chirurgicale. N° 8047 A 10 "La Variole"
par Robert FASQUELLE, professeur agrégé de Bactériologie
à la Faculté de Médecine de Paris.
- Relevés épidémiologiques hebdomadaires de l'O.M.S.
- Travaux de PETERS, NIELSEN et BAYER (Allemagne)
- Thèse de Monsieur BENCHIMOL "Une épidémie hospitalière de
Variole à Vannes 1954-1955".
- Thèse de Madame Odette QUINIOU-TUILLIER : "L'épidémie de
varirole à Brest 1955".
- Thèse de Madame Monique LECRON "Etude des récentes épidémies
de varirole en France".
- Thèse de Marie-Louise Valentine ROUJANSKY "Jenner et les
premières vaccinations anti-variologiques".

- = - = - = - = - = - = -



The background of the entire image is a marbled paper pattern. It consists of large, irregular, yellowish-gold shapes separated by a network of thin, dark green lines. The pattern is dense and covers the entire surface.

LANE MEDICAL LIBRARY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF. 94304

